Shared health
Soins communs
Manitoba

TABLEAU DE SUIVI QUOTIDIEN DE VOTRE NOUVEAU-NÉ : REPAS, SOMMEIL ET RÉCONFORT

Nom du bébé : _____ **Date : _____** **Âge : _____**

REPAS				**SOMMEIL**			**RÉCONFORT (pleurs)**	**Pipi**	**Caca** *(Précisez.)*	**Autres remarques et soins**
Heure du repas (début et fin)	**Tétée** (n^{bre} de minutes)	**Biberon** (n^{bre} de millilitres)	**Bébé a-t-il bien bu?** (Dans la négative, expliquez.)	**Endormi** (Inscrivez l'heure.)	**Réveillé** (Inscrivez l'heure.)	**Sieste de plus d'une heure?** (Dans la négative, expliquez.)	**Bébé consolé en moins de 10 min?** (Dans la négative, expliquez.)	**O/N**	**O/N**	*Veuillez noter tout détail dont vous souhaitez informer votre professionnel de la santé.*